（様式第2号）

**職場体験・インターンシップ受入事業者登録申請書**

年　　月　　日

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会 会長様

　　　　　　　　　　　　　　　　 所在地　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者(法人)名

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　職場体験・インターンシップ事業実施要領に基づく職場体験（インターンシップ）事業を実施

しますので、同要領第6条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

　申請にあたり、同要領第4条の2の規定に基づき関係法令等を遵守することを誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者の職・氏名  連絡先電話番号・FAX | 担当:  TEL：　　　　　　　　 FAX： |
| 電子メールアドレス |  |
| 郵送物の送付先住所  （上記法人所在地と異なる場合） |  |
| 1.受入施設･事業所名 |  |
| 2.受入施設･事業所名 |  |
| 3.受入施設･事業所名 |  |
| 4.受入施設･事業所名 |  |
| 5.受入施設･事業所名 |  |

※申請は事業者(法人または団体)を1単位として申請してください。

※受入施設・事業所の詳細についてはシステムへ入力してください。

※インターンシップ受入事業所登録は、当センターが実施する研修会に参加いただいてからの受付となります。

**受入費振込先**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関・支店名 | 銀行　　　　　　　　支店 | | | | | | | |
| 預金種別・口座番号 | 普通　・　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | |
| 口座名義（漢字） |  | | | | | | | |

振込先は事業者(法人)の代表口座を指定してください。

------------------------------------------------------------------------------------

上記申請について、貴団体を職場体験受入事業者として登録致しました。

　　　　　　　　　　　　　　受入事業者番号　　　　　　　　　　　　　　　　番

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会